

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 279

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

RUPTURE TRAUMATIQUE DES HYDRONÉPHROSES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 20 Juillet 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HENRI ALLAIX

Né à La Côte-Saint-André, le 26 Janvier 1892



LYON

IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

—
1921

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Rupture traumatique des Hydronéphroses

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire.....	M. HUGOUNENQ
Doyen	MM. J. LEPINE.
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. TEISSIER ROQUE BARD TIXIER BERARD X...
Cliniques chirurgicales	
Clinique obstétricale et Accouchements.....	
Clinique ophtalmologique	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	WEILL
Clinique des maladies des voies urinaires.....	POLLOSSON (A.)
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....	LANNOIS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET
Chimie biologique	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL
Anatomie	MOREAU
Anatomie générale et Histologie.....	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutique générales.....	DOYON
Anatomie pathologique	COLLET
Médecine opératoire	MOURIQUAND
Médecine expérimentale et comparée.....	PAVIOT
Médecine légale	VILLARD
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacologie	COURMONT (P.)
	PIC
	FLORENCE (A.)

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN
— — Chimie minérale.....	BARRAL
— — Accouchements	COMMANDEUR
— — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	PATEL
Botanique	BRETIN
Embryologie	HOVELACQUE
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
BRETIN	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
LERICHE	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT	MURARD
THEVENOT (Léon)	PIERY	FLORENCE (G.)	BONNET
TAVERNIER	COTTE	ROCHAIX	GRAVIER, chargé des fonctions.
CADE	DUROUX	CORDIER	
GARIN			

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. BERARD, Président; M. POLICARD, Assesseur;
MM. GAYET et LERICHE, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 279

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

RUPTURE TRAUMATIQUE DES HYDRONÉPHROSES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 20 Juillet 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HENRI ALLAIX

Né à La Côte-Saint-André, le 26 Janvier 1892

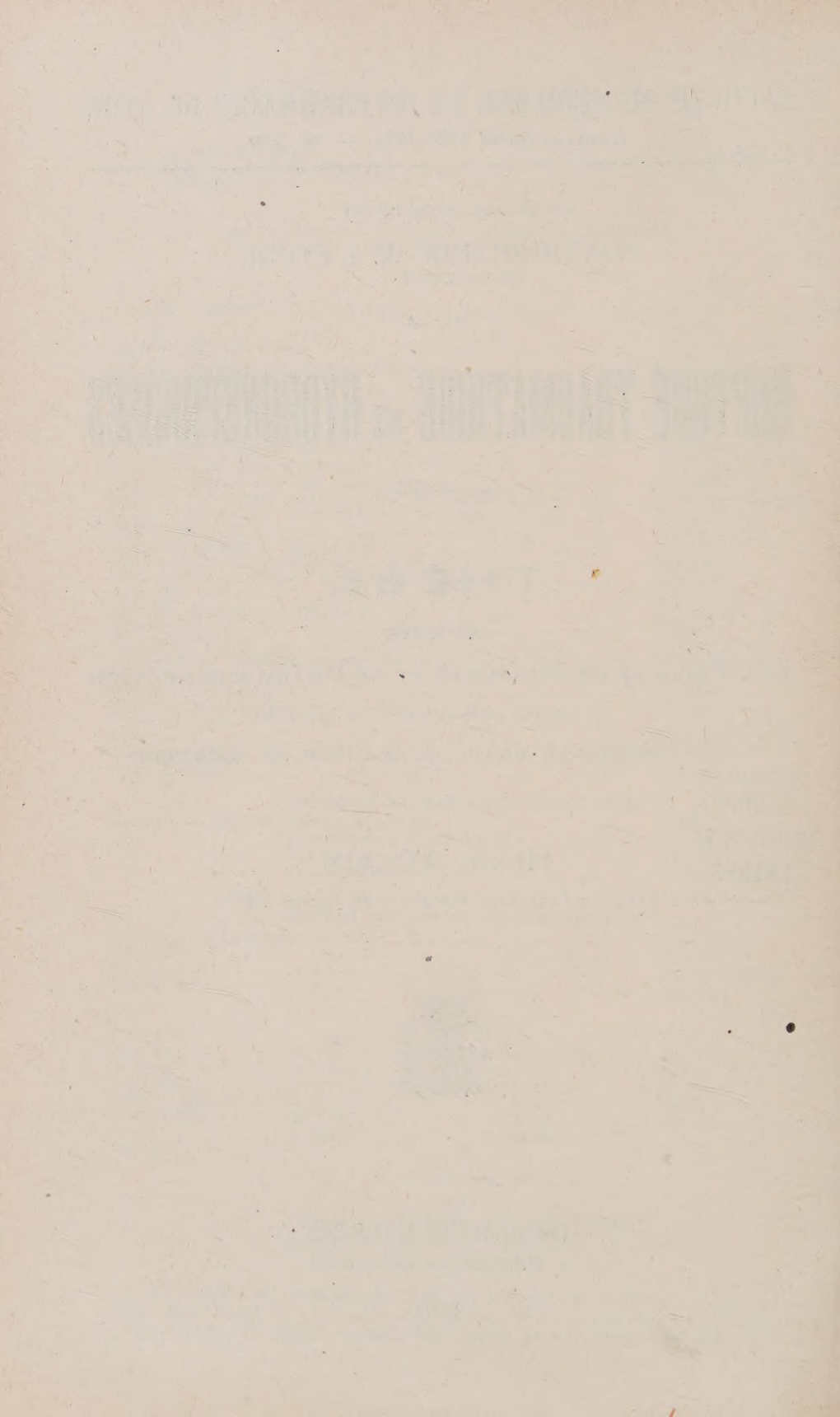


LYON

IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

—
1921



A MES PARENTS

J'offre ce modeste travail comme bien minime témoignage de toute la reconnaissance et de toute l'affection que je leur dois.

A MA TANTE

A MA FEMME

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BERARD

Professeur de Clinique chirurgicale

Chevalier de la Légion d'honneur

Il nous fait le grand honneur de
présider cette thèse. Nous le prions
d'agréer l'hommage de nos plus res-
pectueux remerciements.

A MES Juges

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MOURIQUAND

Professeur de Pathologie et Thérapeutique générale

Chevalier de la Légion d'honneur

En très respectueux témoignage de
notre profonde gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUNET

Chef de Laboratoire de Clinique chirurgicale

Chevalier de la Légion d'honneur

Qui a bien voulu nous éclairer de
ses précieux conseils. Nous lui présen-
tons l'assurance de nos sentiments re-
connaissants.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE GRENOBLE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Parmi les complications toujours possibles d'une hydronéphrose, il en est qui surviennent dans son évolution et d'autres qui la terminent. Pendant son évolution, c'est de l'hématonéphrose et de la pyonéphrose qu'il s'agit, plus rarement de péritonisme. Dans les complications qui la terminent, le coma urémique est la plus fréquente. Tous les auteurs signalent aussi les ruptures.

Cette complication est extrêmement rare, nous en distinguerons deux groupes:

a) Les ruptures spontanées dues soit à un processus mécanique de distension rapide de la poche, conditionnant l'éclatement de celle-ci à la limite de sa résistance, soit à un processus infectieux déterminant du sphacèle et l'ouverture de l'hydronéphrose par chute de l'escharre.

b) Les ruptures traumatiques comprennent, comme leur nom l'indique, les hydronéphroses rompues par une force mécanique agissant sur la paroi externe de la poche. Elles seules feront le sujet de ce travail.

Cette force traumatisante peut comprendre aussi bien un choc qu'une contraction musculaire violente.

En ce qui concerne la fréquence relative de ces deux cas, les auteurs classiques, qui ne font que les mentionner, semblent penser, avec Légeu, que les ruptures spontanées sont encore plus rares que les traumatiques. Il est difficile de faire un pourcentage exact.

Cette question a été très peu étudiée et la première observation certaine de cette affection est de Spencer Wells, en 1868; par la suite, Schetelig, 1870; Czerny, 1880; Cantu, 1882; Taylor, 1884; Schede, 1889; Lampe, 1889; Delore et Poncet, 1889; Monprofit, 1896; Dodge, 1902; Gaudiani, 1904; Rehn, 1904; Suter, 1905; Œhme, 1900; Yoshikawa, 1909; Von Saar, 1909; Derevenko, 1912; Babitzki, 1912; Wildbolz, 1912; Brentano, 1912; Bérard et Dunet, 1921, en publièrent des observations.

Cette thèse nous a été particulièrement inspirée par l'observation publiée dans le *Journal d'Urologie* du 1^{er} janvier 1921, par MM. Bérard et Dunet.

A cette observation qui présente un intérêt tout particulier par la longue période de survie qui a suivi l'accident et la vérification opératoire qui a eu lieu deux ans après, nous avons ajouté toutes les observations indiscutables qu'il nous a été possible de colliger.

CHAPITRE PREMIER

ETIOLOGIE

Ainsi que nous l'avons souligné au début, nous n'envisagerons que la rupture par choc traumatique.

Malgré le petit nombre de cas envisagés, il est remarquable de noter que le mode d'action du traumatisme est très varié, depuis la grande force mise en action par un coup de pied de cheval, jusqu'au traumatisme discret qu'a pu produire une contraction musculaire sur laquelle le malade doit attirer l'attention.

Le tableau synoptique des causes de ces ruptures est intéressant à cet égard :

Chutes	14
Coups de bâton	1
Coup de pied de cheval	1
Effort musculaire (<i>Vomissements</i> , 3 cas) ..	5

Dans ce tableau, si les chutes, coup de bâton, etc., expli-

quent suffisamment le mécanisme de la rupture, le petit traumatisme provoqué par un effort modéré ou des vomissements, comme dans les Observations VI, XI, XVIII, XXI, paraît, dès l'abord, moins explicite à cet égard.

Il est cependant facile de se rendre compte de l'élévation de pression que subissent tous les organes intra-abdominaux, lorsque un individu veut développer un effort un peu élevé.

Le malade qui, dans l'observation de MM. Bérard et Dunet, veut déplacer la lourde masse que représente un plot de boucher, est obligé de fournir aux muscles de la ceinture scapulaire le meilleur appui possible. Il est donc absolument nécessaire qu'il immobilise son thorax; ce sont tous les muscles de la sangle abdominale qu'il contracte et surtout ses grands droits; de même pour améliorer le point d'appui, il se place en inspiration forcée et contracte son diaphragme dont la coupole s'abaisse.

Donc la cavité abdominale voit ses dimensions se restreindre à la fois dans ses deux grands diamètres, sa largeur par la contraction de ses muscles de la paroi antéro-latérale, sa hauteur par la contraction du diaphragme, qui tendait à repousser la masse vicérale vers la partie inférieure si le diaphragme pelvien ne s'y opposait par sa contraction synergique. De plus, ce manouvrier tend à fixer sa colonne et pour cela contracte les muscles lombaires.

On voit donc par la diminution de capacité de la cavité abdominale que les vicères doivent occuper une place plus restreinte. Les organes mous qui se modèlent facilement sur leur voisin supportent cette augmentation de pression

en se *déformant* contre des organes plus durs, le foie, par exemple. *La déformation* subie par cette poche kystique qu'est l'hydronéphrose tend à augmenter sa tension propre par rapport à la tension du milieu environnant, sa capacité reste la même et lorsque l'enveloppe a atteint sa limite de distension, elle n'a plus de ressource que dans la rupture.

On voit donc que le mécanisme de la *rupture est explicable par l'augmentation de pression résultant de l'incompressibilité du liquide contenu dans la poche.*

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Puisqu'il ne s'agit pas toujours, dans la plupart des cas, de rupture traumatique, d'effraction réelle par un corps étranger très dur créant la solution de continuité au point même où il agit; puisque, au contraire, il s'agit, le plus souvent, d'une augmentation de pression qui porte aussi bien sur tous les points de la paroi de la poche, *c'est donc en un point faible de sa paroi que celle-ci cédera.*

On se rendra compte, d'après les observations colligées, que la rupture peut avoir lieu en un point quelconque de l'hydronéphrose qu'il est impossible de déterminer à priori.

Voici le résumé des points de rupture qui ne sont, d'ailleurs, pas signalés dans toutes les observations.

OBSERVATION V, rupture à l'arrière de la poche.

OBSERVATION VIII, déchirure à la partie inférieure de la poche.

OBSERVATION IX, solution de continuité à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de la poche.

OBSERVATION XII, à la partie supérieure ouverture de la grandeur d'un Thaler, uretère arraché en demi-cercle.

OBSERVATION XIII, rupture en diagonale.

OBSERVATION XIV, rupture de 5 cm au pôle supérieur.

OBSERVATION XV, rupture large de deux doigts au sommet de la poche, déchirure en croissant de la base de l'uretère.

OBSERVATION XX, cicatrice à la base de l'uretère.

OBSERVATION XXI, cicatrices antérieures discutables.

Nous pouvons conclure qu'il n'y a pas de points d'élection.

Une disposition anatomo-pathologique explique, dans tous les cas, la possibilité de la rupture: *c'est la minceur extrême et fréquente des parois de l'hydronéphrose*. A côté des parois épaissies et même incrustées de sels calcaires que les auteurs signalent, combien existe-t-il d'uro-néphroses dont les parois semblent translucides, blanches ou gris bleuâtres, réduites à une mince couche fibreuse? Il est même étonnant, vu la minceur de ces hydronéphroses, de voir si rarement leur rupture.

La poche hydronéphrotique n'est pas toujours la partie qui cède. Deux observations, celle de Monprofit et celle de la clinique de Poncet, rapportées par M. Delore, sont très affirmatives à cet égard, c'est le rein hydronéphrosé qui a cédé dans les deux cas et ces accidents doivent relever aussi bien du mécanisme que nous tentons d'exposer que du processus habituel de rupture d'un rein fortement traumatisé. Alors ce n'est pas simplement du liquide d'hydronéphrose accompagné ou non d'un léger épanchement sanguin que les chirurgiens ont rencontré dans l'abdomen, mais étant donnée la vascularisation

intense du rein, c'est une grosse hémorragie qui se produit et qui explique les nombreux caillots que l'intervention de Monprofit a fait découvrir. Nous ferons remarquer, d'autre part, que les observations signalent de fortes adhérences, qui peuvent expliquer les ruptures extra-péritonéales. La nature de cet épanchement est très variable.

Outre sa quantité de quelques centaines de grammes à plusieurs litres (18 litres dans une observation de Reclus), sa composition histologique et chimique est sujette à des variations. Tout au début de la maladie seulement ce peut être de l'urine presque normale, ce peut-être un liquide sanglant et trouble quoique aseptique qui contient en proportion moindre tous les éléments de l'urine normale et où le microscope décèlera tous les éléments du sang. Quoi qu'il en soit, dans les hydronéphroses anciennes qui nous occupent, le liquide peut être limpide ou légèrement trouble, parfois gris verdâtre, contenant ou non de l'urée ou les sels de l'urine, peut-être aussi un liquide d'uro-pyonéphrose déjà purulent et contenant des gaz, spécialement de l'acide carbonique comme le signalent Albaran et Kehr.

Ce contenu hydronéphrotique va se répandre, soit dans la cavité abdominale, soit dans l'espace périrénal.

Dans le premier cas, le péritoine pariétal postérieur soulevé et étiré par la poche hydronéphrotique est solidaire de cette dernière, et se rompt au même point qu'elle. Il y a alors irruption des liquides urinaires dans la cavité abdominale, avec toutes les conséquences que nous verrons plus loin.

Si le traumatisme porte sur une hydronéphrose n'ayant

pas encore contracté avec le péritoine pariétal des adhérences qui puissent limiter le glissement de ce dernier, la déchirure peut intéresser uniquement les parois du sac hydronéphrotique, et les liquides vont s'insinuer dans la loge périrénale pour gagner bientôt tout l'espace rétro-péritonéal jusqu'à la fosse iliaque. L'infiltration gagnera ainsi la base du méso-côlon, l'espace sous-péritonéal et les interstices intermusculaires des parois abdominales.

CHAPITRE III

SYMPTOMES

Evolution. — Pronostic

Si la lecture de nos observations montre que la plupart des malades envisagés étaient porteurs d'hydronéphroses latentes que rien n'avait révélées jusqu'à l'accident, nous voyons que, dans quelques cas, l'attention avait été appelée du côté du rein, soit par une tumeur, soit par des phénomènes douloureux. Il est des cas, en effet, où c'est par une simple tumeur que l'hydronéphrose s'est manifestée, les symptômes douloureux ayant été si lointains et si peu durables que le malade n'en a pas gardé le souvenir.

Il est des cas plus typiques où la douleur était restée le symptôme capital, localisée à la région rénale irradiée sur le trajet de l'uretère, procédant par crises intermittentes, parfois assez vives pour causer la syncope. L'hématurie a été observée pendant ces crises, plus souvent après (Observations II, III, IV, IX, XII, XIII, XV, XIX). Dans nos observations, nous n'avons pas relevé d'ictère.

Il nous paraît intéressant aussi de faire remarquer la

fréquence d'un traumatisme antérieur auquel on pourrait rapporter l'affection.

Mais la rupture elle-même, qui est l'objet de notre thèse, est accompagnée d'un cortège de symptômes que l'on relève dans la plupart des cas.

Le premier symptôme, le plus important sans aucun doute, est *l'apparition subite, suivant immédiatement le traumatisme, d'une douleur lombo-abdominale atroce.*

Aucune de nos observations ne mentionne exactement les mots par lesquels les malades décrivent leurs sensations. C'est ainsi qu'il est impossible de préciser, d'après la littérature que nous avons consultée, les irradiations précises de la douleur. Si, dans la plupart des observations, la douleur prime tout, dans d'autres elle est pourtant assez atténuée pour permettre au malade de se relever, même rentrer chez lui par ses propres moyens. Il se produit même parfois une longue période de rémission pendant laquelle le malade a pu vaquer à ses occupations.

Deux observations sont typiques: celles de Lampe qui nous montre son jeune malade travaillant un jour et demi après sa chute; celle de Dodge, où le malade n'arrive à l'hôpital que trois jours après son traumatisme.

La *syncope* n'est pas rare et Dervenko la signale explicitement. Il est, d'ailleurs, probable que la douleur atroce, fulgurante que décrivent les auteurs, la provoque plus souvent que de courtes observations ne la signalent.

La douleur spontanée semble d'ailleurs diminuer progressivement dans les heures qui suivent la rupture traumatique, mais le malade peut rester figé dans une attitude de contracture musculaire, ainsi que le témoignent les observations.

La crainte immobilise suffisamment le malade qui gémit dès qu'il se meut. Souvent, avant qu'une réaction péritonéale ait le temps de survenir, le malade vomit.

Un symptôme d'une grosse valeur diagnostic suit de près les phénomènes douloureux, c'est l'apparition de l'hématurie. Si quelques auteurs dont Dehme, Brentano, signalent que leur malade urinait sans souffrir et des urines claires, la majorité mentionne une hématurie abondante. C'est du sang presque pur, dans l'observation de Monprofit; des urines sanglantes et fétides dans celle M. Delore.

Enfin, dans un cas (Observation XVI), le malade présente de l'anurie.

C'est souvent à cette période que le malade arrive au chirurgien.

Là deux cas bien tranchés vont conditionner les symptômes. Suivant que la rupture est intra ou extrapéritonéale, le facies du malade présente, dans le premier cas, le type péritonéal: il est angoissé, tiré, pâli. Le patient s'explique avec lenteur sur les circonstances de son accident, son pouls est petit, fuyant, inégal; les mouvements respiratoires sont accélérés et superficiels. Quelques auteurs signalent l'arrêt des gaz et des matières; la température s'élève. L'orientation de ces symptômes dépendra, dans la suite, de la qualité du liquide d'hydronephrose extravasé :

a) Si le liquide extravasé est aseptique après ces symptômes de choc plus ou moins bruyants, tout s'amende et tend à rentrer dans la normale;

b) L'épanchement est septique, alors le tableau classique de la péritonite s'installe: l'angoisse augmente, le pouls, petit et fuyant, devient incomptable; les mouvements respiratoires modifiés par l'immobilisation de l'abdomen prennent alors le type supérieur, l'arrêt des gaz et des matières est complet et le malade s'achemine vers la mort dans le collapsus.

Dans l'épanchement extra-péritonéal, l'allure clinique est encore variable.

a) Si le liquide épanché est aseptique, après une période de choc moins intense que dans les ruptures intra-péritonéales, on note l'apparition d'une tuméfaction lombaire progressive qui peut s'étendre plus ou moins rapidement à tout le flanc situé du même côté. L'on a alors une véritable infiltration de la loge rénale et de tous les muscles larges de la paroi abdominale. Cette infiltration gagne la région iliaque et peut se déceler par une pseudo-fluctuation, rare il est vrai et une matité non déplaçable, il s'agit en somme d'un épanchement, développé dans l'espace sous-péritonéal.

Après un temps variable, les symptômes peuvent s'amender d'eux-mêmes; le liquide se résorbe et le malade continue son existence toujours porteur de son hydropneumothorax.

b) Mais ce n'est point là l'évolution des symptômes. Quand le liquide épanché dans la loge périrénale est septique, les signes cliniques du flegmon périnéphrétique apparaissent, urines sanglantes et fétides, état général mauvais, teint plombé, température en clocher, septicémie et mort.

L'évolution et le pronostic comme nous le fait prévoir l'évolution des symptômes sont donc tout différent suivant la variété de la rupture.

1° Dans les ruptures intrapéritonéales, nous envisageons :

- a) Celles avec épanchements de liquide aseptique;
- b) Celles avec épanchements de liquide infecté.

a) Si le liquide est non infecté, comme le doit être de l'urine normale, il y a possibilité de cicatrisation de la poche comme nous le montre l'observation de MM. Bérard et Dunet, après la phase post-traumatique de choc et de péritonite aseptique, la guérison spontanée est possible et est la règle dans tous les cas relevés.

b) Au contraire, la rupture d'une hydronéphrose infectée est extrêmement grave et se termine généralement par une péritonite mortelle.

2° Dans les ruptures extrapéritonéales, des processus analogues vont se passer, mais ce n'est plus directement le péritoine qui va réagir au liquide extravasé, mais le tissu cellulaire de la loge périrénale.

a) Sans grand retentissement sur l'état général, si le liquide de la poche est aseptique, il diffusera dans le tissu cellulaire de la loge périrénale et y sera résorbé, en même temps la solution de continuité aura le temps de se cicatriser.

b) Tout autre est l'évolution de l'accident dans le cas de liquide déjà infecté, sans résorption possible, un phlegmon périnéphrétique se développe dans la loge rénale avec toutes ses conséquences septiques.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de rupture traumatique d'une hydronéphrose présente de très réelles difficultés, d'ailleurs la rareté du fait explique cette difficulté dans une grande mesure. Dans les vingt et un cas que nous avons rapportés, le diagnostic clinique ne fut porté qu'une fois (Observation xxx).

Il est bien évident que chez un porteur avéré d'hydronéphrose, tout traumatisme suivi de symptômes urinaires ou péritonéaux devra d'emblée faire penser à la possibilité d'une complication du côté de la lésion rénale. Mais dans ce cas la lésion antérieure étant connue, le diagnostic est moins délicat, il suffit d'y penser et de rechercher les signes d'un épanchement soit extra-péritonéal lombaire, soit intra-péritonéal, pour éliminer le diagnostic ou d'hémorragie simple dans une cavité hydronéphrotique, ou de rétention urinaire dans la même cavité, rétention qui

peut d'ailleurs s'accompagner souvent de péritonisme : ballonnement, vomissements, pouls fuyant, etc., d'un diagnostic différentiel parfois épineux avec la péritonite vraie. L'examen minutieux de la température, de la fréquence du pouls, les renseignements donnés par le toucher rectal et la recherche du jeu des muscles abdominaux permettront le plus souvent de faire le diagnostic.

Il en est tout autrement lorsqu'il s'agit de la rupture d'une hydronéphrose latente, ce qui est la règle.

Ici il n'y a pas de commémoratif pour orienter le diagnostic. Lorsqu'il s'agit d'un choc violent portant sur la région lombaire ou les hypocondres, le clinicien pensera bien à une lésion possible de l'appareil rénal, mais lorsque les accidents surviennent à la suite d'un traumatisme urinaire tels qu'un effort ou un vomissement, ce diagnostic est pour ainsi dire impossible aux premières heures.

A ce moment, qu'il s'agisse d'une rupture extra ou intra-péritonéale, il existe presque toujours des symptômes péritonéaux; ce qu'il importe donc d'éliminer alors ce sont les syndromes douloureux suivants : *coliques hépatiques* ou *rénales*, *coliques appendiculaires* ou *salpingiennes*, *coliques intestinales dues à un étranglement aigu par brides ou par volvulus* siégeant au niveau soit du grêle soit du gros intestin.

Les signes particuliers de ces affections seront donc cherchés minutieusement; on ne négligera pas les antécédents, le pouls sera surveillé attentivement ainsi que la température, mais surtout l'on fera une inspection et une palpation des plus attentives de la paroi abdominale, en cherchant le joint d'élection de la douleur, la présence d'ondes péristaltiques, le ballonnement localisé à une

anse intestinale. Naturellement le toucher rectal et vaginal sera systématiquement pratiqué.

Si le choc a été violent, l'on aura vite fait d'écarter une origine infectieuse quelconque dans l'étiologie de ces accidents péritonéaux et l'on pensera rapidement à la possibilité d'une rupture viscérale (foie, rate, rein).

Tous les signes classiques de l'hémorragie interne seront recherchés: pâleur, pouls fuyant, inégal, parfois inexistant, épanchement abdominal décelé par la matité pariétale et le toucher rectal ou vaginal.

Mais là encore le diagnostic devient très délicat car tous les signes que nous venons d'émettre peuvent se retrouver dans la rupture intra-péritonéale de l'hydronéphrose, et c'est surtout la présence d'un épanchement abdominal qui vient égarer le clinicien; dans la rupture d'un sac hydronéphrotique, toutefois, l'hémorragie est minime, à moins qu'il n'y ait rupture concomitante du rein, et le blessé est moins pâle, son pouls moins défaillant; mais, reconnaissons-le, il ne s'agit là que de nuances, seule la ponction renseignant sur la nature du liquide épanché, sang ou urine, permettrait d'éliminer l'hémorragie interne d'origine viscérale.

Nous n'avons jusqu'ici parlé que du diagnostic presque immédiat au cours des premières heures qui suivent l'accident, et nous avons montré qu'il était hérissé de difficultés.

Mais au bout de 12 ou de 24 heures, lorsque les phénomènes généraux de choc ne masquent plus les signes propres engendrés par la lésion, l'anurie ou l'hématurie permettront alors d'incriminer et le principal diagnostic à faire est celui *de rupture du rein ou de la vessie*. Mais

là encore des symptômes semblables s'observeront, seule l'hématurie, dans la rupture rénale lorsque l'uretère n'est pas sectionné ou oblitéré par des caillots, échappe à cette règle, car, dans ce cas, elle est abondante, constituée par du sang presque pur, tandis que l'hématurie d'une rupture d'hydronéphrose est moins intense, constituée le plus souvent par du liquide simplement teinté en rouge. Quant à la présence d'un épanchement lombaire ou abdominal, il n'y a pas grande valeur diagnostique tant que la ponction n'aura pas renseigné sur sa valeur.

Naturellement tous les moyens d'investigation seront mis en œuvre, sondage vésical, au besoin cathétérisme des uretères, en cas d'anurie dont la cause échappe, mais surtout en cas d'épanchement intra-péritonéal net, la ponction sera pratiquée au point déclive, à l'endroit où la percussion révèle de la matité. Elle lèvera tous les doutes, et en montrant la présence de sang ou d'un liquide d'aspect, d'odeur ou de constitution urinaire, elle permettra d'écarter le diagnostic de rupture viscérale : foie, rate ou intestin; ou encore la rupture d'un kyste hydatique intra-abdominal.

Au bout de quelques jours lorsque les symptômes sont nettement localisés, l'on se trouve en présence de deux syndromes bien distincts :

Ou bien le signe principal est constitué par un épanchement péritonéal qui reste aseptique et le problème est le même que celui posé plus haut, ou bien une péritonite septique se développe avec tous ses symptômes classiques.

Le diagnostic étiologique est alors des plus difficiles d'établir; si l'on a pu éliminer une origine appendiculaire, vésiculaire, salpingienne ou autre, il est pour ainsi

dire impossible de savoir si la péritonite est due à un *épanchement sanguin infecté*, à la *rupture d'un kyste hydatique septique* ou d'une *pyonéphrose*, ou enfin à la *fissure ou rupture traumatique d'une anse intestinale* ayant entraîné un syndrome péritonéal secondaire.

En cas de syndrome lombaire dû à un épanchement périrénal l'on pensera tout d'abord à la possibilité d'une hydronéphrose révélée par le traumatisme, mais dans ce cas il s'agit d'une tumeur nettement limitée, fluctuante, bosselée, peu douloureuse.

L'on pensera donc surtout à la possibilité d'un épanchement uro-hématique dû à une contusion rénale, épanchement caractérisé par les symptômes suivants: tumeur lombaire aplatie, diffuse, douloureuse, immobile, faisant corps avec la paroi lombaire, faisant une forte saillie en arrière. Cette tumeur parfois ligneuse au début devient fluctuante au bout de quelques jours, elle est mate et s'accompagne parfois d'*ecchymose inguinale* au cinquième ou au sixième jour.

Si cet épanchement est septique, ce qu'il sera facile de diagnostiquer par l'apparition d'une douleur plus lancinante, avec exacerbations paroxystiques s'accompagnant de température, de frissons, de sueurs et surtout d'un signe local, important, l'œdème de la paroi, le diagnostic sera à faire entre l'épanchement infecté et le phlegmon périnéphrétique. Dans ce dernier cas, la fluctuation est beaucoup plus nette, la tuméfaction est plus limitée, plus arrondie, moins aplatie, moins immobile.

Le diagnostic sera encore plus difficile dans le cas complexe de collection purulente intra-rénale avec abcès extra-rénal. S'agit-il d'une pyonéphrose révélée par un

traumatisme? Trop souvent le diagnostic ne peut-être posé, et c'est souvent l'incision lombaire qui permettra de reconnaître la lésion.

Comme nous avons pu le voir, le diagnostic de rupture d'une hydronéphrose est extrêmement difficile, aussi bien à la période de début qu'à la période des complications; seule la ponction peut donner des renseignements certains, à moins que ce ne soit une laparotomie ou une incision lombaire exploratrices.

TRAITEMENT

Etant donné la difficulté du diagnostic de rupture d'une hydronéphrose il est bien évident que le traitement idéal visant directement la lésion rénale ne sera pas toujours appliqué d'emblée.

En cas de rupture intra-péritonéale, cas le plus fréquent, le chirurgien sera toujours amené à faire une laparotomie exploratrice, lui permettant de pratiquer un inventaire des lésions ; et ce sont ces dernières qui l'amèneront secondairement à intervenir directement sur l'arbre urinaire.

En cas de rupture extra-péritonéale, ayant déterminé une tuméfaction lombaire, le chirurgien pourra plus fréquemment intervenir avec l'idée d'aborder le rein.

Nous ne voulons pas discuter ici tous ces préliminaires opératoires, car le seul fait que nous voulons envisager est le suivant :

En présence d'une rupture traumatique d'hydronéphrose, diagnostiquée avant toute intervention ou reconnue au cours de cette dernière, quelle conduite faut-il tenir ?

Faut-il faire une opération conservatrice, suturer la brèche et garder le rein hydronéphrosé ?

A l'heure actuelle, cette question semble résolue. A la suite de la néphrectomie trop systématiquement pratiquée autrefois, s'établit une véritable réaction conservatrice et l'on vit proposer pour l'hydronéphrose simple, toute une série d'interventions ayant pour but de conserver le filtre rénal, tout en rétablissant le cours de l'urine.

Ici une distinction capitale est à faire entre l'hydronéphrose congénitale et d'hydronéphrose acquise. L'hydronéphrose acquise due à la présence d'un obstacle au cours de l'urine n'est en somme qu'une dilatation mécanique du bassinet qui n'atteint jamais un très grand développement. L'hydronéphrose congénitale est au contraire une véritable malformation (professeur Rochet) et la lésion consiste en une vaste poche uni ou multiloculaire avec intégrité fréquente de l'uretère. Or, d'après la lecture de nos observations, ce sont surtout les hydronéphroses de grand volume, des hydronéphroses congénitales à parois minces qui sont exposées à la rupture.

Si dans le cas d'hydronéphrose acquise, les interventions orthopédiques sont logiques, elles semblent au contraire illusoire lorsqu'il s'agit d'une malformation congénitale, car dans ces cas l'existence presque certaine d'une glande rénale malformée, semble indiquer qu'aucune intervention conservatrice n'est à tenter.

La thèse de Carry (Lyon, 1919), inspirée par M. le professeur Rochet, sur les *résultats vrais des interventions conservatrices dans les grosses hydronéphroses* a bien montré ce qu'il fallait espérer des interventions orthopédiques : sur 37 observations colligées, on note 6 bons résultats. L'auteur n'hésite pas à conclure en faveur de la néphrectomie d'emblée.

Donc en principe l'intervention doit consister en une néphrectomie, surtout s'il s'agit d'une hydronéphrose compliquée.

Cette intervention sera-t-elle faite d'emblée? Ici nous nous heurtons à la pierre d'achoppement de toute la chirurgie rénale.

Enlever systématiquement un rein sans connaître l'état et la valeur fonctionnelle de son congénère expose à un désastre, d'autant plus que l'hydronéphrose due à une malformation congénitale est fréquemment bilatérale.

Si le chirurgien est intervenu par voie abdominale, il a la ressource de se rendre compte immédiatement de la présence ou de l'absence du rein opposé et surtout de voir s'il n'existe pas une hydronéphrose double.

C'est seulement dans le cas d'intégrité du rein non lésé, qu'il sera autorisé à pratiquer la néphrectomie d'emblée, sinon il aura recours à la simple dérivation urinaire en créant une fistule par néphrostomie.

Si le chirurgien est intervenu par voie lombaire pour drainer un épanchement périrénal, urohématique, infecté ou non, il se contentera le plus souvent d'une intervention rapide; la néphrostomie; se réservant dans les jours qui suivront d'apprécier, après cathétérisme des uretères la présence et la valeur du rein opposé, quitte à pratiquer une néphrectomie secondaire, si les recherches envisagées plus haut sont favorables à cette intervention radicale.

TABEAU SYNOPTIQUE DES OBSERVATIONS

Observations	NOM DE L'AUTEUR ET ANNÉE	AGE, SEXE, PROFESSION	ETIOLOGIE DE LA RUPTURE	DIAGNOSTIC PRÉ-OPÉRATOIRE	OPÉRATION ET RÉSULTAT	ETUDE DE LA PIÈCE OU VÉRIFICATION POST MORTEM
1	SPENCER WELLS 1868	Femme	Chûte	Hydronéphrose	Pas d'opération, mort par péritonite	
2	SCHETELIG 1870	Bonne à tout faire	Trois chûtes	Kyste de l'ovaire	Laparotomie médiane, mort d'œdème pulmonaire	Rupture extra-péritonéale d'une hydronéphrose de 44.500 cm ² .
3	CZERNY 1880	Homme de 23 ans	Chûtes au nombre de trois	Rupture d'hydronephrose congénitale	Pas d'opération guérison	
4	CANTU 1882	Homme de 65 ans	Chûte d'un arbre		Mort	Rupture extra-péritonéale d'une hydronéphrose.
5	TAYLOR 1884		Violents vomissements	Rupture d'hydronephrose ?		
6	SCHEDÉ 1889	Femme de 26 ans	Chûte	Kyste de l'ovaire avec torsion du pédicule	Laparotomie et néphrectomie Mort	A l'autopsie : longue déchirure extra-péritonéale d'une hydronéphrose.
7	LAMPE 1889	Mousse de 46 ans	Tombé d'une hauteur de 3 mètres	Tumeur abdominale	Laparotomie, néphrectomie, mort d'infection 12 jours après	A l'autopsie : Hydronephrose double rupturée à droite.
8	MONTPROFIT 1896	Ouvrier boulanger de 38 ans	Rixe et chûte sur le rebord d'un billard	Rupture du rein	Incision lombaire néphrectomie guérison	Rupture extra-péritonéale d'un rein hydronephrosé.
9	DELORE et PONCET 1899	Homme de 34 ans	Efforts de vomissements	Phlegmon péritéal	Incision Mort	Rupture intra-péritonéale d'une hydronephrose droite. Rein gauche hydronephrosé.
10	DONCE 1902	Homme de 35 ans	Coup de bâton sur le côté gauche	Tumeur intra-abdominale	Laparotomie, néphrectomie Guérison	Rupture extrapéritonéale d'une hydronephrose rompue en deux endroits

12	REHN 1904	Enfant de 8 ans	Chûte sur l'angle d'une caisse	Lésion de la vessie	Laparotomie, incision lombaire, néphrotomie Guérison	Rupture extra-péritonéale d'une grosse hydrop phrose.
13	SUTER 1905	Apprenti de 16 ans	Chûte d'une échelle	Lésion de la vessie	Laparotomie, incision lombaire, néphrectomie Guérison	Rupture intra-péritonéale d'une volumineuse hy dronéphrose.
14	OEHME 1900	Homme de 26 ans	Coup de pied de cheval	Hématome périnéal	Incision lombaire, néphrectomie Guérison	Rupture intra-péritonéale d'une mince poche d'hy dronéphrose.
15	YOSHIKAWA 1903	Garçon de 8 ans	Chûte sur une caisse	Rupture vésicale, rupture d'hydropnephrose	Laparotomie, incision lombaire, néphrectomie Mort 5 jours après	Rupture intra-péritonéale d'une poche d'hydropneph rose mince et élas tique.
16	VON SAAR 1909	Homme de 29 ans	Tombé de sa chaise	Lésions viscérales abcès ou iléus	Incision latérale droite, tam ponnement, guérison. Laparotomie médiane, néphrec tomie, guérison.	Rupture extra-péritonéale d'une grosse hydropneph phrose.
17	DEREVENKO 1912	Homme de 42 ans	Deux chûtes et un effort violent	Hydropnephrose intermittente avec rupture de la poche	Laparotomie Néphrectomie, Guérison	Rupture extra-péritonéale d'une hydropnephrose constituée par disten sion du bassin.
18	BABITZKI 1912	Femme de 36 ans	Vomissements	Hydropnephrose in termittente fermée	Incision lombaire, néphrec tomie, guérison.	Rupture extra-péritonéale d'une hydropnephrose.
19	BRENTANO 1912	Femme de 40 ans	Chûte sur le côté gauche	Abcès périnéphrétique	Incision lombaire, Guérison	Rupture extra-péritonéale vaste poche purulente ou nage le pus hydro nephrosé.
20	WILDBOIZ 1912	Garçon de 15 ans	Chûte de 3 mètres	Hématome rénal infecté	Néphrotomie, pyélonéostomie Guérison	Rupture extra-péritonéale abcès au pôle supérieur du rein hydropnephrosé.
21	BÉRARD et DUNET 1924	Homme de 63 ans garçon boucher	Effort pour déplacer un plot de boucher	Kyste hydatique du foie	Laparotomie et néphrectomie Guérison	Hydropnephrose congéni tale, rupture intra-péri tonéale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(SPENCER WELLS, 1868; RATTIER, *Thèse de Lyon*, 1898-99)

Des épanchements urinaires d'origine rénale

Femme présentant tumeur lombaire gauche fluctuante. Diagnostic d'hydronéphrose. Deux ponctions en trois mois. Cinq mois après, chute, rupture de la poche et mort par péritonite.

OBSERVATION II

(SCHÉTELIG, 1870)

Sur les ruptures d'hydronéphroses, par le Docteur Günther

(*Beit. zur Klin. Chir.*, t. 64, Von Saar, 1909, p. 316-334)

Schételig. Femme de peine, née avec une forte constitution, fait trois chutes sur le ventre : tuméfaction, douleurs violentes, vomissements, hématurie. On pose le diagnostic de tumeur de l'ovaire.

Une incision médiane révèle un kyste rétro-péritonéal que l'on extrait après dissection et clivage de la poche.

La malade meurt 36 heures après l'opération d'œdème aigu du poumon.

L'autopsie pratiquée révèle la rupture d'une hydronéphrose rétro-péritonéale d'une surface de 11.500 cm² présentant en plusieurs endroits des ouvertures sphériques de la grandeur d'un thaler.

OBSERVATION III

(CZERNY, 1880)

(RATTIER, *Thèse de Lyon*, 1898-1899)

(CZERNY, *Arch. für Klinische Chirurgie de Langenbeck*,
Band. XXV, 1880)

Homme de vingt-trois ans, atteint d'hydronéphrose probablement congénitale ; trois fois la poche kystique s'est rompue, à la suite de chutes, et chaque fois hématuries et douleurs abdominales vives.

OBSERVATION IV

(CANTU, 1882)

(V. SAAR, *Beit. zur Klin.-Chir.*, t. LXIV, 1909, p. 316-334)

Cantu. — Un homme de 65 ans tombe d'un arbre. Il éprouve une sensation de déchirure à la partie gauche de l'abdomen. Apparition d'une grosse tumeur fluctuante dans les heures qui suivent : dyspnée, vomissements, syncope. Mort trois jours après, sans opération. L'autopsie décèle une hydronéphrose adhérente au colon, d'un contenu visqueux et sanguinolent, calcul à l'orifice de l'uretère. Grosse déchirure à la paroi arrière de la poche.

OBSERVATION V

(TAYLOR, 1884)

(EHME, *Beit. zur Klin. Chir.*, t. LII, 1907, p. 702)

Taylor a vu un sac rénal se rompre sous un violent vomissement (cité d'après Kuster).

OBSERVATION VI

(SCHEDE, 1889)

(VON SAAR, *Beit. zur Klin. Chir.*, 1909, t. LXIV, p. 316)

Femme de 26 ans, fait une chute sur une corbeille qui porte sur la région hypogastrique.

Une grosse tumeur apparaît, qui nécessite des ponctions fréquentes. On diagnostique : kyste de l'ovaire avec torsion du pédicule. On opère, après laparotomie ; on pratique une néphrotomie transpéritonéale.

Morte, un jour après l'opération, de syncope cardiaque.

A l'autopsie, on découvre une énorme poche avec un reste mince et lisse de parenchyme rénal déchiré sur 10 cm. ; le passage de l'urètre est libre.

OBSERVATION VII

(LAMPE, 1885)

VON SAAR, *Beit. zur Klin. Chir.*, 1909, t. LXIV, p. 316)

Lampe. — Mousse de 16 ans qui fait une chute de 3 mètres sur le côté droit. Il travaille encore un jour et demi. Examiné, il présentait un œdème de la paroi abdominale particulièrement accentué au nombril.

Opéré le cinquième jour, la laparotomie révèle une grosse caverne kystique remplie d'urines sanguinolentes : un sac mou, auquel on distingue un peu de parenchyme rénal vers le haut, semble remplacer le rein. La rupture ne se retrouve pas à l'opération. Drainage : formation d'une fistule, suppuration. Dépérissement. Mort douze jours après l'opération.

Autopsie. — Hydronéphrose double, rein gauche : gros sac à quatre compartiments de 15×8 . Rein droit, sac de 18×12 . A la partie inférieure, déchirure.

OBSERVATION VIII

(MONPROFIT)

Congrès français de chirurgie, séance du 23 octobre 1896

(Observation du professeur suppléant à l'école de médecine d'Angers A. Monprofit).

J'ai eu l'occasion de pratiquer la néphrectomie dans les conditions suivantes :

Le nommé J. B..., âgé de 38 ans, robuste ouvrier boulanger, était, le 29 mars 1895, mêlé à une rixe entre gens ivres dans un café; il avait lui-même fait d'abondantes libations pendant toute la journée et il était parfaitement gris; pendant la lutte il fut violemment heurté, le flanc gauche appuyé sur le rebord d'un billard. Il fut ensuite précipité à terre et se plaignit aussitôt d'une violente douleur dans le côté; il put cependant se relever et on le rentra chez lui où il se coucha aussitôt.

Presque immédiatement après l'accident, il urina une certaine quantité de sang presque pur. Dans la soirée du même jour, les douleurs devinrent tellement vives que le blessé ne pouvait faire le moindre mouvement dans son lit sans souffrir beaucoup; le flanc gauche se tuméfia et en même temps survinrent des frissons et de la fièvre.

Depuis le jour de l'accident jusqu'à l'entrée à l'Hôtel-Dieu d'Angers, du 29 au 31 mars, le malade aurait à plusieurs reprises uriné du sang, qui, d'après ses dires, se montrait surtout à la fin de la miction à l'état de pureté.

Le 31 mars au soir, entré à l'Hôtel-Dieu, le blessé est très pâle, très fatigué, il a l'air profondément abattu, s'explique avec lenteur et assez peu nettement sur les circonstances exactes de l'accident, qui n'ont été connues que plus tard d'une façon précise. La langue est saburrale, le pouls rapide et très faible, la soif vive, la température atteint 39°3.

Le malade se plaignit de douleurs assez vives dans le côté gauche qui est le siège d'une volumineuse tumeur s'étendant des côtes à la crête iliaque, occupant tout le flanc gauche, et s'avancant presque jusqu'à la ligne blanche.

La percussion donne de la matité dans toute la région cor-

respondante. Cette tumeur est rénitente, douloureuse spontanément et lorsqu'on la palpe. Les urines sont peu abondantes, très épaisses, contiennent beaucoup d'urates, et un très léger nuage d'albumine, on n'y trouve pas de sang.

L'état général du malade est assez inquiétant, l'anxiété est vive, la respiration très gênée, les inspirations courtes et fréquentes. Le malade se plaignant de constipation, l'interne de service, M. Papin, prescrit un verre d'eau de Sedlitz pour le lendemain matin et administre quelques calmants.

Je vois le blessé pour la première fois le lendemain 1^{er} avril; je suis frappé par sa pâleur, la petitesse du pouls et la tuméfaction considérable qui existe dans le flanc gauche, et je porte le diagnostic de rupture traumatique du rein gauche. Le purgatif a amené quelques selles et un léger soulagement, la température est à 38°. Je pense à intervenir immédiatement mais le léger amendement qui se produit dans la matinée me fait différer l'opération. Le soir, la température remonte à 39°2; la nuit est très agitée, très mauvaise, le malade encore plus abattu, la parole devient embarrassée, il dit ne plus souffrir et paraît avoir un peu de délire, les respirations deviennent plus précipitées, le pouls toujours fréquent a encore faibli, la pâleur de la face et des téguments est cadavérique, les symptômes locaux sont les mêmes; toutefois la tumeur semble encore plus volumineuse.

En présence de tout cet ensemble qui ne laisse aucun doute sur une issue prochaine et fatale, je regrette de n'être pas intervenu et je m'empresse de faire transporter le blessé à la salle d'opération.

L'anesthésie étant faite avec beaucoup de ménagements, le malade est couché sur le côté droit, le flanc soutenu par un coussin résistant arrondi, placé en travers. Je pratique alors à la région lombaire une longue incision s'étendant de l'angle costo-vertébral à la crête iliaque et oblique en bas et en dehors. J'arrive, après avoir rapidement traversé les différents plans de la région, sur l'aponévrose profonde qui bombe, noirâtre, dans le fond de la place, comme la tête d'un fœtus à la vulve. Je l'effondre d'un coup de sonde et aussitôt s'échappent avec force des caillots sanguins abondants.

Mon aide presse alors fortement sur l'abdomen, et une

incroyable quantité de caillots noirâtres sortent encore de la cavité qui est extrêmement vaste.

Ces caillots remplissent bientôt plusieurs bassins et je pense qu'il y en avait plus de deux litres.

Au milieu de cette masse coagulée, *je trouve le rein complètement éclaté sur son bord convexe et donnant du sang en abondance.*

Pour l'attirer plus facilement à la plaie et l'examiner à loisir je fais tomber sur mon incision primitive une seconde incision transversale, longue de 10 centimètres, qui se dirige vers la ligne médiane, ayant soin de rester en dehors du péritoine.

La cavité peut être alors parfaitement éclairée, je vois que le rein est trop altéré pour être conservé et suturé et je me mets en devoir de l'enlever en totalité. Je puis, après quelques tractions faites très prudemment, arriver à pédiculiser l'organe après avoir détaché assez laborieusement son extrémité supérieure. Le pédicule est traversé au moyen d'une aiguille mousse et lié avec un fil de soie plate. Toute hémorragie cesse aussitôt et le rein est enlevé.

La cavité est alors débarrassée de tous les vestiges de caillots et nettoyée avec un courant d'eau bouillie. La cavité péritonéale n'est pas ouverte. La plaie est alors rapidement refermée par plusieurs plans de suture en surjets, selon ma pratique habituelle. A la partie inférieure je laisse un drain de gaze faiblement iodoformée. Pansements ordinaires légèrement compressifs. L'opération a duré vingt minutes et a nécessité dix grammes de chloroforme.

Le malade est reporté dans son lit réchauffé avec soin et reçoit aussitôt une injection sous-cutanée de huit cents grammes de sérum artificiel; le lendemain, nouvelle injection de cinq cents grammes. Très peu de temps après l'intervention, la respiration devient beaucoup moins fréquente et plus facile, gênée qu'elle était auparavant par le volume énorme de l'hématome périrénal. Le malade, à son réveil, se plaint d'une soif extrêmement vive; je lui fais donner du lait et du café.

Le soir, la température n'est qu'à 38°6.

3 avril : La nuit a été excellente, la température est à 37°4 le matin et à 37°8 le soir.

La soif est toujours vive, il n'y a pas eu de vomissements.

Les douleurs sont nulles, la respiration facile, le pouls est toujours rapide, mais plus fort, le teint se colore légèrement, il y a une amélioration considérable.

4 avril : Pansement, le suintement étant peu important, je fais supprimer le drain de gaze peut-être trop tôt, et le soir la température remonte à 37°2. Je fais remplacer un drain en caoutchouc. Le malade présente un peu de diarrhée et quelques vomissements.

5 avril : Amélioration notable, température, 37°4; soir, 38°4. Diarrhée terminée, vomissements supprimés.

6 avril : Température, 37°4; 38°1.

7 avril : Amélioration continue, 37°; 38°4. A partir de ce jour, la température redevient normale et ne dépasse pas le soir 37°5. Le malade continue à boire une grande quantité de lait, de trois à quatre litres par jour.

11 avril : Les fils de suture sont enlevés, la réunion est complète, sauf au niveau des drains qui sont raccourcis. La guérison n'a pas cessé de marcher progressivement, elle était complète au bout de vingt-cinq jours.

La sécrétion urinaire a présenté les particularités suivantes : dès les premiers jours la quantité des urines a été de trois litres et demi;

2^e jour 6 litres.

3^e jour 5 litres.

4^e jour 4 litres.

5^e jour 3 litres 1/2.

6^e jour 4 litres 1/2.

7^e jour 4 litres 1/2.

8^e jour 3 litres 1/2.

9^e jour 3 litres 1/2.

Nous avons donc eu dès le premier jour, une augmentation au lieu d'une diminution de la sécrétion urinaire, fait dont nous avons trouvé l'explication dans l'examen du rein enlevé.

L'urine examinée à plusieurs reprises ne contient absolument rien d'anormal.

Examen du rein. — En examinant le rein enlevé, j'ai été très surpris de constater qu'il ne s'agissait pas d'un rein

normal déchiré par un traumatisme, mais d'un rein hydro-néphrosé, antérieurement malade éclaté sous l'action d'une violence plus ou moins forte. En effet, les calices et le bassin sont manifestement dilatés, la substance rénale est elle-même absolument atrophiée et amincie sur une notable étendue et nous avons bien affaire à un organe visiblement dilaté et atteint d'hydronéphrose, condition qui vraisemblablement a considérablement facilité la rupture.

Antécédents du blessé. — D'ailleurs en interrogeant avec soin notre opéré, nous pûmes recueillir les renseignements suivants : cet homme était d'une bonne santé habituelle, mais il avait cependant observé que, à la suite des libations assez copieuses qui lui sont coutumières, il avait une douleur sourde dans le côté gauche du ventre qui devenait en même temps tuméfié ; ces symptômes disparaissaient habituellement après une abondante diurèse ; ces jours-là, les urines étaient très abondantes et parfois teintées de sang. Lors d'un nouvel excès de boisson, les mêmes phénomènes se reproduisaient et se terminaient par une abondante expulsion d'urine.

Si nous rapprochons ces renseignements de l'état anatomique du rein nous en arrivons à conclure que notre blessé était un exemple très net d'hydronéphrose intermittente, affection décrite en France par MM. Terrier et Beaudoin.

Lorsque la pression violente dont nous avons parlé a surpris notre malade, il avait bu abondamment pendant toute la journée et la nuit précédente, il était dans les meilleures conditions pour avoir une hydronéphrose distendue au maximum. La pression exercée sur la région rénale a déterminé avec une facilité relative un éclatement, une véritable explosion qui a non seulement déchiré le rein sur tout son bord convexe, mais encore détaché deux petits fragments de tissu rénal totalement isolés du reste de l'organe.

Dans ces conditions, il n'est pas surprenant que notre opéré n'ait eu aucun arrêt, ni aucune diminution dans la sécrétion de l'urine, mais plutôt une augmentation.

Le rein du côté gauche fonctionnait d'une façon très défec-tueuse depuis un certain temps et le rein droit était déjà tout préparé pour une suppléance que le traumatisme est venu brusquement lui imposer.

OBSERVATION IX

(DELORE et PONCET, 1899)

(RATTIER, *Thèse* de Lyon, 1898-1899)

(Due à l'obligeance de M. X. DELORE, chef de Clinique
chirurgicale de M. PONCET).

Jules Z..., âgé de 34 ans, entra le 5 mars 1899, dans le service de M. le professeur Poncet. Cet homme se plaignait d'une douleur très violente dans le flanc droit. On constatait une tuméfaction volumineuse qui occupait la région lombaire, la fosse iliaque interne et la paroi abdominale correspondante. La palpation était très difficile, car la moindre pression arrachait des cris. Urines sanglantes et fétides. Etat général très mauvais ; teint plombé, dyspnée, pouls rapide, température 39 degrés. Les épидidymes étaient volumineux, la prostate grosse et bosselée. Pas de rétrécissement urétral.

Les accidents dataient seulement de quarante-huit heures. A la suite d'efforts de vomissement, cet homme, jusqu'alors en bonne santé, avait ressenti une brusque douleur dans le flanc droit, suivie presque immédiatement d'une hématurie. Quelques heures après apparut la tuméfaction lombaire, qui augmenta rapidement, envahissant ainsi toute la fosse iliaque et même la paroi abdominale.

Cet individu paraissait à peu près indemne de toute tare héréditaire ou personnelle. Sa santé fut toujours excellente, il ne souffrit jamais du côté de son appareil génito-urinaire. Cependant, il y a trois ans, il fut atteint d'une épидidymite du côté droit qui nécessita un traitement à l'hôpital.

En présence de la gravité des phénomènes généraux, M. Delore pratiqua d'urgence une incision qui donna issue à une grande quantité de liquide d'odeur infecte, mêlé à des gaz. Il n'y avait pas à se tromper sur la nature de ce liquide qui était manifestement de l'urine. La fosse iliaque, la région lombaire et la paroi abdominale étaient envahies par un phlegmon gangreneux. Au niveau de la face antérieure du rein, on ouvrit une poche volumineuse emplies de pus rougeâtre.

Le malade mourut vingt-quatre heures après l'intervention.

A l'autopsie, hydronéphrose double. Le rein gauche est peu distendu, l'uretère est dilaté, ses parois un peu épaissies, mais il s'abouche d'une façon normale dans la vessie.

A droite, le rein est transformé, sur sa moitié inférieure, en une poche à parois amincies, faisant saillie en avant, et remplie d'un liquide purulent mêlé à un peu de sang.

Au niveau du bord convexe du rein, à l'union de son tiers inférieur et de son tiers moyen, on voit une ligne de rupture qui empiète légèrement sur la face antérieure. Cette solution de continuité fait communiquer l'intérieur de la poche avec la cavité péritonéale ouverte au cours de l'intervention. L'infiltration d'urine occupe toute la portion antérieure du tissu cellulaire sous-péritonéal, depuis la colonne vertébrale jusqu'à la ligne blanche ; toute la fosse iliaque, jusqu'au releveur de l'anus et de la vessie ; elle pénètre même dans la cavité de Retzius.

Il s'agit donc d'un épanchement hématique et urinaire qui occupe à la fois le rein et la région voisine.

Ajoutons que l'uretère droit est bosselé, dilaté de façon à atteindre le volume de l'intestin grêle. Son orifice vésical présente une malformation congénitale ; il s'ouvre sur la partie latérale d'un diverticule formé par la hernie, par l'invagination de la muqueuse vésicale à l'intérieur de la paroi de l'uretère.

OBSERVATION X

(DODGE, 1902)

(Von SAAR, *Beit. zur Klin. Chir.*, 1909, t. LXIV, p. 316)

Homme de 39 ans, frappé d'un coup de baton sur le côté gauche, entré trois jours après à l'hôpital pour hématurie. L'examen décèle une tumeur légèrement fluctuante probablement intra-abdominale, allant de la hanche au nombril. Laparotomie exploratrice et néphrectomie. Guérison.

L'observation anatomique de la pièce montre une grosse hydronéphrose du rein gauche de 22-14-10 cm., à parois minces, avec deux solutions de continuité.

OBSERVATION XI

(GAUDIANI, 1904)

(VON SAAR, *Beit. zur Klin. Chir.*, 1909, t. LXIV, p. 316)

Jeune homme chez qui certains accidents apparaissent après avoir soulevé un lourd fardeau. Le diagnostic de pérityphlite étant posé, l'opération décèle une grosse hydronéphrose rupturée. Néphrectomie. Guérison.

OBSERVATION XII

(RHEN, 1904)

(VON SAAR, *Beit. zur Klin. Chir.*, 1909, t. LXIV, p. 316)

Enfant de 8 ans ayant toujours présenté une tumeur abdominale gauche. Ayant fait une chute sur l'angle d'une caisse, il ressentit de suite de vives douleurs suivies de vomissements et d'hématurie.

L'examen médical montre une défense de la paroi abdominale du côté gauche.

Après avoir posé l'hypothèse de rupture de la vessie, on opère.

Tout d'abord une incision suprasymphysaire n'ayant rien décelé, on suture ; une incision au flanc conduit à une hydronéphrose du volume de la tête d'un enfant, localisée en avant et en bas ; extirpation de la poche et suture des déchirures du péritoine.

Le malade meurt en collapsus quatre jours après.

L'autopsie révèle une atrophie complète du parenchyme rénal. A la périphérie et en haut, une rupture de la dimension d'une pièce de trois marks. L'uretère est aussi arraché du sac sur la moitié de sa circonférence.

OBSERVATION XIII

(SUTER, 1905)

(Von SAAR, *Beit. zur Klin. Chir.*, 1909, t. LXIV, p. 316)

Apprenti de 16 ans tombe d'une échelle, le traumatisme intéresse la région lombaire. Depuis cet accident, douleurs vives, vomissements, hématurie.

L'examen médical montre un malade au visage défait, yeux cerclés, langue sèche ; pouls à 120-140 ; température élevée ; dyspnée et obscurité respiratoire de la base droite.

Le ventre est un peu enflé à droite. Aucune tumeur n'est révélée par le toucher. La palpation, partout douloureuse, l'est spécialement aux flancs. Le cathétérisme de la vessie donne des urines sanguinolentes.

On pose le diagnostic de « lésions de la vessie ». L'incision supravésicale n'ayant rien révélée, on suture. Après incision lombaire prolongée vers les lombes, on extirpe un sac hydro-néphrose en communication avec la cavité abdominale et on suture ensuite le péritoine. Guérison.

L'observation anatomique de la pièce montre un sac long de 20 cm., par endroit mince comme du papier, séparé en deux par une paroi transversale ; le premier compartiment où débouche l'uretère est rupturé en diagonale.

OBSERVATION XIV

(OCHME, 1900)

(OCHME, *Beit. zur Klin. Chir.*, t. LII, 1907, p. 702)

Homme de 26 ans ayant, un an auparavant, subi un traumatisme à la suite duquel il avait présenté une tumeur abdominale. Il reçoit un coup de pied de cheval sur le côté gauche, vives douleurs dans la région traumatisée, vomissements, tendances syncopale. Il peut rentrer chez lui et urine deux fois sans hématurie.

A l'examen, il présente l'abdomen tendu avec une prédominance du côté gauche. On ne décèle pas de fluctuation. Toute

la région lombaire gauche est très sensible au toucher, le poulx est à 116. Incision lombaire, extirpation de la poche après ponction de 4 litres 1/2 de liquide rouge-sang et écu-meux. On constate à l'examen de la pièce une longue déchirure au pôle supérieur qui s'étend sur cinq centimètres, et faisait communiquer la poche avec la cavité péritonéale.

Le mésosigmoïde, très enflé, est d'une teinte violacée. Taponnement. Guérison.

OBSERVATION XV

(YOSHIKAWA, 1909)

(Von SAAR, *Beit. zur Klin. Chir.*, 1909, t. LXIV, p. 316)

Yoshikawa — Garçon de 8 ans qui, ayant fait une chute sur une caisse, se blesse au bas-ventre et ressent subitement de vives douleurs. Il court à la maison et là, hématurie, vomissements, hoquets, fortes douleurs. L'examen médical révèle : pâleur, respiration superficielle, poulx 116. Au toucher, douleur à gauche de l'abdomen, particulièrement au-dessus de la symphyse où se trouve une tumeur résistante non mobile, ne se déplaçant pas aux changements de position. Le rein gauche n'est pas sensible à la pression. Hématurie.

Le diagnostic de : rupture extrapéritonéale de la vessie et de rupture d'une hydronéphrose congénitale est fait. Laparotomie médiane : la vessie intacte, liquide rougeâtre dans le Douglas. Le péritoine postérieur, refoulé en avant, bombe jusqu'à la ligne médiane ; à un endroit de la poche on voit sourdre du liquide qui s'épanche goutte à goutte. Après suture de cette blessure péritonéale, on referme l'ouverture médiane pour aborder le kyste rétropéritonéal par une incision du flanc. On trouve dans le tissu ligamenteux du liquide sanguinolent ; extirpation de la poche.

Mort cinq jours après l'opération.

L'examen anatomique de la pièce montre : une poche d'hydronéphrose tout à fait mince, élastique, *rupturée dans le haut sur une largeur de deux doigts*, ainsi qu'une *déchirure en croissant à la base de l'uretère*.

OBSERVATION XVI

(Von SAAR, *Beit. zur Klin. Chir.*, 1909, t. LXIV, p. 316)

Le 10 mai 1909, un homme de peine de 29 ans vint faire à la clinique les déclarations suivantes : tombe de sa chaise, douleur, évanouissement, anurie, pouls à 100, température normale, ventre tendu à droite, défense musculaire, sur une tumeur non mobile, arrêt complet des selles et des gaz, symptôme d'occlusion intestinale ; la laparotomie pratiquée montre le *cæcum relevé, comme sur un coussin, par un œdème rétropéritonéal* ; toute la paroi arrière du tronc participe à cet œdème. L'uretère est normal. Tamponnement. Guérison et départ de l'hôpital. Depuis lors, état de santé parfait quand, brusquement, au retour du travail, apparaissent de violentes douleurs du côté droit de l'abdomen. Dans la nuit, vomissements, fièvre, œdème de la paroi, arrêt des selles. Rentre à l'hôpital : expression de souffrance sur le visage ; ventre légèrement tuméfié à droite, protubérance de la vieille cicatrice, ballonnement et palpation partout douloureuse, défense musculaire particulièrement à la cicatrice et aux lombes. Le malade épanche spontanément une urine claire ; pas de mouvements péristaltiques ; température 37°8. Diagnostic : abcès ou ileus dans la région de la cicatrice, incision à ce niveau et constatation identique à celle faite lors de la première opération. Laparotomie médiane et extirpation de la poche. Tamponnement de Mikuliez sur la paroi qui est légèrement sanguinolente.

L'examen de la poche kystique enlevée présente un kyste ovoïde à parois minces comme du papier, contenant un liquide légèrement jaunâtre. Malgré la plus minutieuse observation, on ne retrouve pas les places de la rupture actuelle, ni de la rupture ancienne ; il ne reste aucune trace de parenchyme rénal, l'uretère est obstrué à quelques centimètres. Le malade guérit après avoir contracté une érysipèle qui nécessite son transfert dans un pavillon d'isolement. De retour à la clinique, quinze jours après, les blessures étaient guéries et le malade put reprendre ses occupations.

OBSERVATION XVII

(DERENVENKO, 1912)

(GUIBE, *Journal d'Urologie*, 1912, t. I, page 813)

DERENVENKO (Saint-Pétersbourg). — Cas de ruptures des hydro-(pyo) néphrose (*Roussky-Vratch*, t. XI, N° 10, 10 mars 1912, p. 328-334).

D. rapporte une intéressante observation de rupture d'hydro-néphrose.

Il s'agit d'un homme de 42 ans, qui, à l'âge de 9 ans et de quatorze ans, avait fait deux chutes violentes, sur le flanc gauche. A 22 ans, au cours d'un violent effort, il sentit comme si quelque chose se rompait dans son ventre et vit, à la suite, apparaître dans le flanc gauche une tumeur qui augmenta, peu à peu, de volume pendant deux ou trois semaines, puis elle disparut en deux ou trois jours avec une polyurie. Ces crises, évidemment dues à une hydronéphrose intermittente, se répétèrent régulièrement deux ou trois fois par an, de 1889 à 1911. Au mois de mai de cette année, au cours même d'une crise, le malade fit une chute à plat ventre, perdit connaissance et dut s'aliter. Il resta à se soigner lui-même chez lui et finit par rentrer à l'hôpital, le 17 juin, se plaignant de douleurs abdominales, particulièrement à gauche, et d'augmentation de volume de l'abdomen. Celui-ci mesure 97 centimètres de circonférence au niveau de l'ombilic ; mais il est plus développé à gauche qu'à droite. Il paraît rempli de liquide, jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, mais le liquide ne change pas de position avec les déplacements du corps. La palpation est partout légèrement douloureuse. La température est de 38 degrés, le pouls entre 80 et 100 ; l'urine trouble, avec un abondant dépôt purulent.

Le diagnostic porté fut : hydronéphrose intermittente avec rupture traumatique de la poche. Une première ponction ramena deux litres de liquide très trouble ; mais celui-ci s'étant reproduit aussitôt sous l'anesthésie locale, D... ouvrit, par une incision à cheval sur l'ombilic, une poche énorme,

allant de la dixième côte au fond du petit bassin, et d'une ligne axillaire à l'autre et contenant 5 litres de liquide trouble, plus d'énormes paquets de fibrine. En haut, dans la région rénale gauche, on sentait une masse indistincte du volume du poing. Drainage. A la suite de l'intervention, le rein gauche commença à augmenter de volume et finit par former une tumeur remplissant le flanc gauche. Après cathétérisme des uretères, s'étant rendu compte que le rein droit était suffisant et le rein gauche à peu près sans valeur fonctionnelle, D... pratiqua la néphrectomie du rein gauche. La poche volumineuse contenant 3 à 4 litres de liquide trouble fut enlevée sans grande peine, mais non sans être crevée.

La guérison se fit lentement, mais progressivement : elle ne fut troublée que par la formation d'un gros abcès sous-péritonéal dans l'hypocondre gauche, qu'il fallut ouvrir le 20 décembre.

Le 24 janvier 1912, le malade était entièrement guéri.

La poche enlevée était constituée par le bassinet distendu, sa paroi était épaisse d'un millimètre environ, le rein était étalé à la face entéro-externe de la tumeur qui, en ce point, avait une épaisseur allant de 10 à 15 millimètres. *En deux points sur la face antérieure, se voyaient des cicatrices, traces de la rupture.* L'uretère naissait à l'angle très aigu de la poche à 10 ou 12 centimètres au-dessous de son fond. Le rein présentait des lésions de sclérose intense. Quant au contenu, il renfermait des diplocoques en culture pure.

D... a réuni 17 autres cas de cette complication rare, dont il esquisse l'étude.

M. GUIBE.

OBSERVATION XVIII

P. BABETZKI. — Rupture des hydronéphroses et pseudo-hydronéphroses (*Arch. für Klin. Chirurgie*, avril 1912, vol. XCVII, fasc. 4, p. 993).

Babitzki. — Femme de 36 ans, ayant antérieurement présenté des crises douloureuses localisées dans le flanc gauche. A la suite de vomissements qui durèrent deux jours, elle est prise de douleurs au côté gauche et voit se développer une tumeur qui occupe le flanc gauche et atteint le nombril.

Examinée quinze jours après les premiers symptômes, l'examen de la malade fait découvrir une tumeur lisse, fluctuante, régulière, qui occupe tout le flanc gauche ; l'intestin passe au devant ; tumeur probablement rénale.

Au cytoscope on voit l'uretère droit se contracter rythmiquement, le rein gauche ne donne rien.

L'épreuve à l'indigo carmin ne montre aucun fonctionnement du rein gauche.

Le rein droit fonctionne bien.

Le diagnostic de tumeur kystique rétropéritonéale, d'hydronéphrose intermittente, fermée complètement, avec accroissement rapide de la poche, fait pratiquer l'opération le 4 novembre 1911 Incision lombaire très longue. La tumeur se laisse facilement énucléer. On isole l'uretère. On ponctionne la tumeur, il en sort un liquide brun chocolat et on trouve au fond du kyste la surface du rein. Le kyste n'est pas le bassinnet distendu. Celui-ci est distinct, les parois en sont minces. On conclut qu'il s'agit d'une rupture du bassinnet et de la formation d'un pseudo kyste urothématique.

On résèque les parois du kyste, puis on fend le rein qui paraît bien conservé et l'on tente de faire une pyélonéostomie, mais l'état de la malade rendant inopportune toute prolongation de la durée de l'opération, on enlève le rein rapidement.

La malade, après une fistule qu'une seconde opération ferme six mois après, guérit parfaitement.

L'examen de la pièce réséquée montre une hydronéphrose du rein gauche, avec un rein peu déformé et encore en bon état ; les calices sont élargis, et le *bassinnet hydronéphrosé est rupturé*, ayant formé autour de lui un kyste pseudo-hydronéphrotique.

OBSERVATION XIX

(WILDBOLZ, 1912)

P. BABETZKI. — Rupture des hydronéphroses et pseudo-hydronéphroses (*Arch. für Klin. Chirurgie*, avril 1912, vol. XC VII, fasc. 4, p. 993).

Wildbolz. — Garçon de 15 ans qui fait une chute de trois mètres de haut et se blesse au côté droit. Aussitôt après,

hématurie, douleurs à droite, élévation de la température et tumeur abdominale.

L'autorisation de l'opération étant refusée, trois jours plus tard se développe à gauche de l'abdomen une tumeur déjà sensible avant cette période. Cette tumeur s'accroît rapidement, la température oscille entre 38°-39°5 ; le diagnostic d'hématome rénal infecté étant posé, on opère au 11^e jour par une incision oblique qui mène sur une collection rétropéritonéale contenant de l'urine claire : une hydronéphrose. *

Tout s'améliore après l'opération et une fistule urinaire persiste. L'urine, d'abord claire, devient trouble, la fistule s'infecte, l'urine provenant de la vessie devient aussi purulente et hémato-purulente. La température s'élève, l'état général est mauvais, un abcès fluctuant apparaît au voisinage de la fistule, et ceci jusqu'au deuxième mois.

On opère pour la seconde fois par une incision lombaire. On pratique une pyélonéostomie, l'extirpation du sac hydronéphrosé étant impossible vu ses adhérences. On draine au pôle supérieur un abcès périrénal contenant un pus très fétide, et après résection de la partie supérieure de l'uretère enfouie dans un amas cicatriciel, on l'abouche à la partie la plus déclive du sac hydronéphrosé. Le malade guérit.

OBSERVATION XX

A. BRENTANO (Berlin). — Deux cas de rupture d'hydronéphrose (*Berliner Urologische Gesellschaft*, 4 juin 1912 ; in *Zeitschrift für Urologie*, Bd VI, H. 8, p. 713).

Femme de 40 ans. En 1910, chute sur le côté gauche. Consécutivement, douleurs lombaires gauches et rétention. Etat général grave, grosse masse lombaire gauche remplissant tout l'hypocondre. Pus dans les urines. Au cathétérisme, l'urine droite est claire, l'urine gauche trouble. Incision lombaire. Ouverture d'une vaste poche purulente que l'on pense être le bassin et que l'on draine. Persistance d'une fistule urinaire. Néphrectomie secondaire deux mois plus tard. La

rein était transformé en une vaste poche et la substance rénale à peu près complètement détruite.

Ces ruptures d'hydronéphrose sont des accidents rares. Cliniquement, la tuméfaction peut en imposer pour une augmentation de volume du rein lui-même et l'on peut se demander, au cours de l'opération, si le bassinet a été ouvert ou non. Enfin les difficultés opératoires sont grandes, car l'extirpation secondaire comporte non seulement l'ablation du rein lui-même, mais aussi celui de la paroi kystique de l'abcès.

OBSERVATION XXI

(De MM. BÉRARD et DUNET (*Journal d'Urologie*, janvier 1921))

M. X..., 63 ans, boucher.

Pas de détails intéressants à signaler dans ses antécédents.

En août 1917, en faisant des efforts pour déplacer un plôt de boucher, très lourd, le malade ressentit de très violentes douleurs généralisées à tout l'abdomen. Etat lipothymique, ventre de bois, le malade est vu rapidement par un chirurgien qui fit une petite laparotomie sous-ombilicale. *Nous n'avons aucun renseignement à ce point de vue* ; le malade sait qu'on lui a trouvé l'abdomen rempli de liquide, il parle de rupture intestinale mais nous verrons plus loin combien ce diagnostic est sujet à revision.

Guérison en quarante jours.

L'état de l'opéré resta excellent jusqu'en février 1919.

A cette époque, le malade s'aperçut que son ventre grossissait, surtout du côté droit, tandis qu'apparaissait, au cours des périodes digestives, un point douloureux sous-costal, au niveau du point cystique.

L'appétit est conservé, amaigrissement très léger, ni coliques, ni ictère ; pas de constipation.

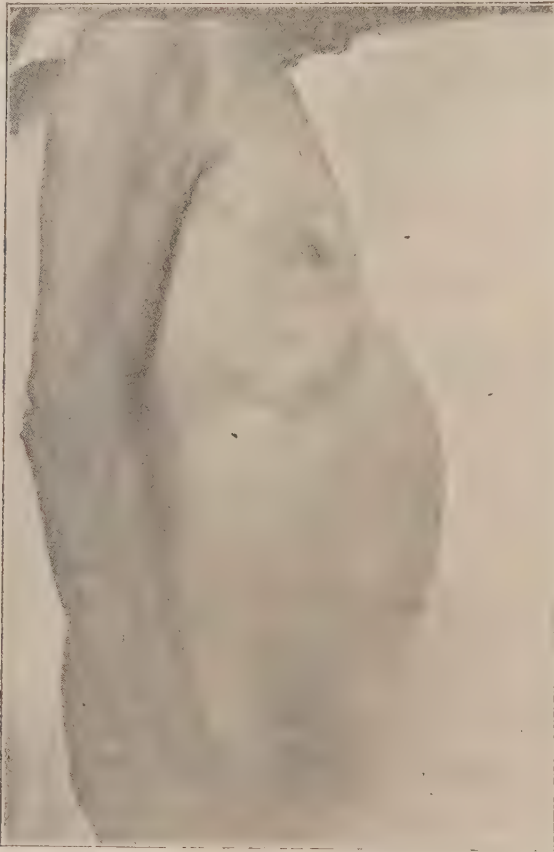
Pas d'œdème des membres inférieurs.

Lorsque le malade se présente à notre examen, nous faisons les constatations suivantes :

Une volumineuse tumeur occupe la plus grande partie de l'abdomen qui n'est pas étalé, mais pointe légèrement en

avant. Cette tumeur a une forme ovalaire, régulière, non lobée, rénitente.

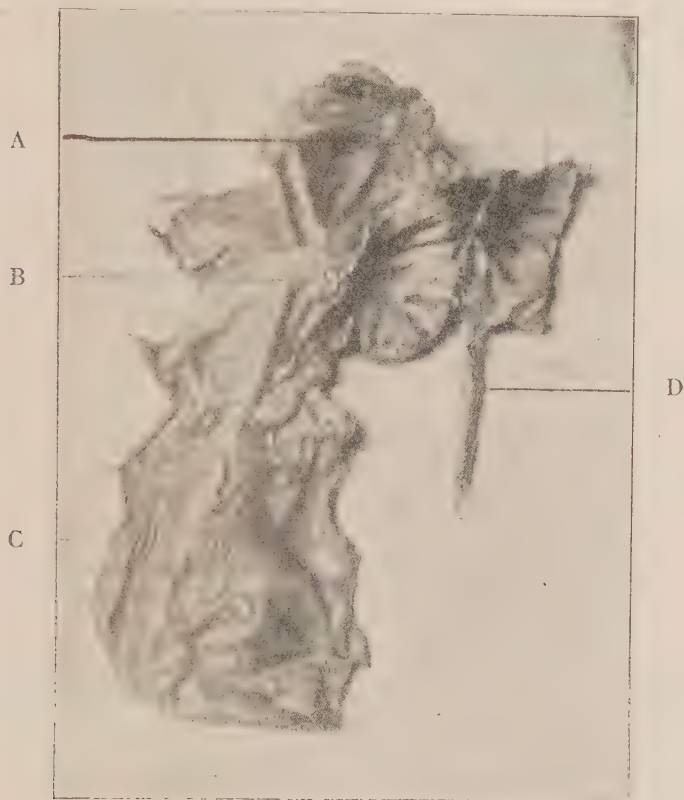
Cette tumeur est mobile sur les plans profonds et mate ; la matité fait corps avec celle du foie.



Fait caractéristique : on trouve sur toute l'étendue de la tumeur un frémissement hydatique des plus typiques.

Au cours des changements de position, la tumeur se mobilise et occupe successivement les côtés droit et gauche de l'abdomen, mais en gardant son point d'attache au niveau de la fosse sous-hépatique.

Pas d'ascite. Pas de réaction pleurale.
L'examen des urines est absolument négatif.
L'examen sanguin ne révèle pas la présence d'éosinophiles.
On ne pratiqua pas la réaction de Weinberg.



PIÈCE OPÉRATOIRE

- a) Portion rénale réduite à une mince coque ;
- b) Portion lisse de la poche hydronéphrotique ;
- c) Portion tomenteuse de la poche hydronéphrotique ;
- d) Urètre, perméable.

Le diagnostic de kyste hydatique de la face inférieure du foie est porté surtout à cause des signes physiques et l'absence de troubles fonctionnels viscéraux.

Intervention. — Après laparotomie latérale, on se rend immédiatement compte qu'il s'agit d'une tumeur rétropéritonéale. La ponction ramène un liquide jaune clair d'odeur légèrement urineuse, on évacue ainsi plus de 3 litres 1/2 de liquide.

Dissection et clivage de la poche hydronéphrotique relativement faciles.

Néphrectomie.

Suites simples. Le malade rentre chez lui guéri, quinze jours après.

Description de la pièce opératoire. — Le rein est constitué par une masse réniforme de 15 cm. de hauteur et de 9 cm. de largeur, bosselée, et même presque lobulée. La substance rénale est réduite à une lame parenchymateuse très mince, de 5 à 6 millimètres d'épaisseur dans l'endroit le plus épais.

Quant à la poche hydronéphrotique elle-même, il est impossible de la reconstituer dans sa totalité, car elle dut, au cours des manœuvres opératoires, être extirpée en plusieurs lambeaux.

Sur la portion qui reste attachée au rein et qui est encore considérable (35 cm. de longueur) (voir photo 2), on note deux aspects très différents.

a) La portion supérieure constituée par le bassinot dilatée est blanche, mince et lisse sur ses deux faces, la cavité qu'elle constitue est sillonnée par de nombreux cloisonnements qui en font autant de poches secondaires ;

b) la portion inférieure (voir photo 2) a un aspect tout différent ; la poche est à ce niveau beaucoup plus épaisse, tomenteuse et il est probable qu'il s'agit d'une portion pseudo-hydronéphrotique due à l'organisation du péritoine irrité et de ses fausses membranes datant, de la rupture survenue en 1917.

Il existe au niveau du pôle inférieur de la poche hydronéphrotique proprement dite, et sur la ligne médiane, une zone cicatricielle, légèrement gaufrée et étoilée, mais il est difficile d'affirmer avec certitude qu'il s'agit là de la zone rupturée.

L'histoire de ce malade est donc extrêmement nette et le diagnostic s'impose. Il s'agit d'une *hydronéphrose latente* rompue spontanément à la suite d'un effort. Un chirurgien se

contenta vraisemblablement d'évacuer le liquide abdominal et de refermer la paroi sans autre manœuvre exploratrice, car l'incision de petite dimension constatée au niveau de la ligne médiane ne permet pas de penser que l'on ait pratiqué d'exploration intra-abdominale.

Par la suite, la poche hydronéphrotique se reconstitua, atteignant au bout de longs mois le volume indiqué plus haut. Ce sont les signes physiques et le fréuissement hydatique donnés par cette poche de grande dimension et à contenu liquidien retenu sous forte tension qui égarèrent le diagnostic.

CONCLUSIONS

I. — La rupture traumatique de l'hydronéphrose est une complication exceptionnelle, nous en avons relevé vingt et une observations indiscutables.

II. — Cette rupture s'observe à la suite de traumatismes divers, chute, coup de pied, effort.

III. — La rupture peut être intra ou extrapéritonéale. Les symptômes de début sont la douleur lombaire brusque associée à des symptômes urinaires: soit anurie, soit hématurie.

Dans la rupture intrapéritonéale les signes sont surtout abdominaux: défense de la paroi, vomissements, épanchement intrapéritonéal, obstruction.

Lorsque la rupture est extrapéritonéale, les signes sont surtout pariétaux: tumeur lombaire associée à des signes plus discrets de péritonisme.

IV. — Le seul traitement à envisager est le traitement radical, la néphrectomie d'emblée ou secondaire qui doit être préférée à l'opération conservatrice lorsque l'état de l'autre rein le permet.

Vu :

L. BERARD.

Vu :

LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer:

Lyon, le 25 juin 1921.

Pour le Recteur et par délégation:

Le Vice-Président du Conseil de l'Université.

L. JOSSERAND.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARAN. — Médecine opératoire et voies urinaires.
- TUFFIER. — Traitement conservateur de l'hydronéphrose (*Presse Médicale de Paris*, 1904).
- HARTMANN (H.). — Nécessité de la séparation des urines avant la néphrectomie (*Bulletin et Mém. Soc. Chirurgie*, Paris, 1902).
- GAYET. — Traitement de l'hydronéphrose par retournement de la poche (*Lyon Médical*, 1897).
- BOCCARD. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'hydronéphrose (*Thèse de Lyon*, 1897).
- MONPROFIT. — *Congrès français* (Séance du 23 octobre 1875).
- VERNET. — Du traitement chirurgical de l'hydronéphrose (*Thèse de Lyon*, 1892).
- RATTIER. — Epanchements urineux d'origine rénale (*Thèse de Lyon*, 1898-99).
- MAIRE. — Les difficultés du diagnostic des grosses hydronéphroses (*Thèse de Lyon*, 1899-1900).
- CARRY. — Etude des résultats vrais des interventions conservatrices dans les grosses hydronéphroses.
- BÉRARD et DUNET. — *Journal d'Urologie* (t. XI, 1^{er} janvier 1921).
- VON SAAR. — *Beit. zur Klin. Chir.*, t. LXIV, 1909, p. 316-394.

OEHME. — *Beif. zur Klin. Chir.*, t. LII, p. 702.

SUTER. — *Beit zur Klin. Chir.*, 1905, t. XLVII, p. 349.

BABITZKI. — *Arch. für Chirurgie*, 4 avril 1912.

A. BRENTANO (Berlin). — Deux cas de rupture d'hydronéphrose (*Berliner Urologische Gesellschaft*, 4 juin 1912).

DEREVENKO. — Cas de rupture des hydronéphroses, *Roussk Vaatch*, t. XI, N° 10, 10 mars 1912, p. 328-334 (publiée par GUIBE, *Journal d'Urologie*), 1912, t. I, p. 813).

ERRATUM

Page 15. — Au lieu de Obs. V, lire *Obs. IV* ; au lieu de Obs. VIII, lire *Obs. VII*.

Page 19. — Au lieu de Obs. III, lire *Obs. VIII* ; au lieu de Obs. IV, lire *Obs. III*.

Page 25. — Au lieu de : le diagnostic clinique ne fut porté qu'une fois (Obs. XXX) ; lire : *le diagnostic clinique ne fut porté que trois fois (Obs. III, V, XV)*.

TABLE DES MATIERES

Introduction	9
CHAPITRE PREMIER. — Etiologie	11
CHAPITRE II. — Anatomie pathologique	15
CHAPITRE III. — Symptômes (Evolution-Pronostic)	19
CHAPITRE IV. — Diagnostic	25
Traitement	31
Observations	37
Conclusions	61
Bibliographie	63
<i>Erratum</i>	65

TAB. DES MATIÈRES



